

Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet

Kvalitetsudvikling har man talt om i årtier. Igenem mange år var der tale om udmærkede, men spredte aktiviteter, ofte drevet af enkeltpersoners store engagement. Som det fremgår af dette temanummer er kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet inde i en vældig modningsproces. Der lægges handlingsplaner for såvel hospitaler som almen praksis og opbygges strukturer for implementering og yderligere tiltag. Metoder til gen-

nemførelse og monitorering af initiativerne er under udvikling. Det drejer sig i høj grad om ændring af menneskelig adfærd og vaner – en vanskelig øvelse, men mange gode kræfter arbejder for sagen. God læselyst.

Temaet fortsætter i næste uge, nummer 21.

John Sahl Andersen, redaktør.

Den Danske Kvalitetsmodel

Direktør Karsten Hundborg

STATUSARTIKEL

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

Første version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for sygehuse er godkendt og klar til implementering på offentlige og private sygehuse i august 2009. Første del af DDKM for kommuner er godkendt og klar til implementering, og den første version for apoteker var klar i december 2008. Hermed har et omfattende og intenst udviklingsforløb nået et foreløbigt mål. I denne artikel gives et kort rids over kvalitetsmodellens historik og tilblivelsesproces samt over perspektiverne for modellen ud fra det nukendte grundlag for udbredelsen i det danske sundhedsvæsen.

HISTORIK

Akkrediteringsstandarderne i DDKM for sygehuse blev den 25. september 2008 godkendt uden forbehold af *The International Society for Quality in Health Care* (ISQua). Denne godkendelse blev givet »i første hug«, hvilket beskrives som usædvanligt, men det kan utvivlsomt tilskrives den grundige proces, som har ligget til grund for udviklingen af kvalitetsmaterialet og den meget brede nationale og internationale rådgivning.

DDKM blev undfanget i efteråret 2002 i en nærmest historisk beslutning fra de centrale aktører, nemlig Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, H:S og Amtsrådsforeningen, og ambitionerne var høje: »Om tre år skal alle sygehuse være i gang med at implementere den danske model«, udtalte den daværende projektleder til det nu hedengangne dagblad Dagen [1].

Der var flere væsentlige årsager til, at projek-

tet blev igangsat på netop dette tidspunkt. En ikke uvæsentlig faktor var bl.a. en undersøgelse fra 2001 [2], som i medierne blev udlagt, som om der hvert år døde 5.000 patienter på danske sygehuse som følge af kvalitetssvigt og utilsigtede hændelser. På dette tidspunkt var H:S og Sønderjyllands Amt allerede i gang med at kvalitetssikre via udenlandske akkrediteringssystemer, og der var en generel erkendelse af, at nu skulle der handles.

Der blev da også handlet hurtigt, om end visionen om at kunne sætte skibet i søen inden for tre år ikke holdt stik. Men allerede i slutningen af 2004 forelå den oprindelige modelbeskrivelse for Den Danske Kvalitetsmodel [3], som er forlæggert til den model, der nu ligger i sin første version. På samme tidspunkt valgte parterne i erkendelse af den store udviklingsopgave, der stadig ventede, at etablere Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), som fik til opgave at stå for den konkrete udvikling, planlægning og efterfølgende drift.

UDVIKLINGSPROCESSEN

IKAS havde ved projektets start et sæt ganske faste præmisser. Formålet med Den Danske Kvalitetsmodel var bl.a. at fremme gode og sammenhængende patientforløb, hvor patienterne direkte oplevede en forbedring af kvaliteten, samt at definere god kvalitet på et internationalt højt niveau og understøtte det efterfølgende arbejde med kvaliteten i de forskellige organisationer.

Modellen skulle over tid udvikles med henblik på at omfatte alle offentligt finansierede sundhedsydelser fra samtlige relevante sektorer.

Det var desuden en præmis, at modellen skulle basere sig på akkreditering, og at både landsdækkende kvalitetsprojekter, sundhedsakkrediteringsorganisationer med international erfaring samt interessenter fra sundhedsvæsenet skulle inddrages i udviklingsarbejdet. Dette betød bl.a., at bestyrelsen på baggrund af et internationalt udbud besluttede at indgå aftale med akkrediteringsorganisationen *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS) (tidligere *Health Quality Service* (HQS)). Forudsætninger var tillige, at alle akkrediteringsstandarderne samt IKAS selv skulle opnå godkendelse og »certificeres« af den internationale paraplyorganisation ISQua.

Akkrediteringsstandarderne er som hovedregel blevet udarbejdet i samarbejde med temagrupper bestående af relevante fagpersoner fra de respektive sektorer, og de er desuden udarbejdet med særlig adresse til de sektorer, de skal anvendes i. Dette sikrer, at de, der skal leve op til Den Danske Kvalitetsmodel, har været inddraget i at definere både gode og relevante standarder. Der registreres på

nuværende tidspunkt et markant ønske om at komme i gang med at implementere.

OPBYGNINGEN

De tre versioner af DDKM, der i dag er udviklet for henholdsvis sygehuse, apoteker og kommuner, består af akkrediteringsstandarder, der er fordelt på tre forskellige kategorier: organisatoriske standarder, generelle patientforløbsstandarder og (sygdoms)specifikke standarder (**Figur 1**).

DDKM bygger på princippet i kvalitetscirklen:

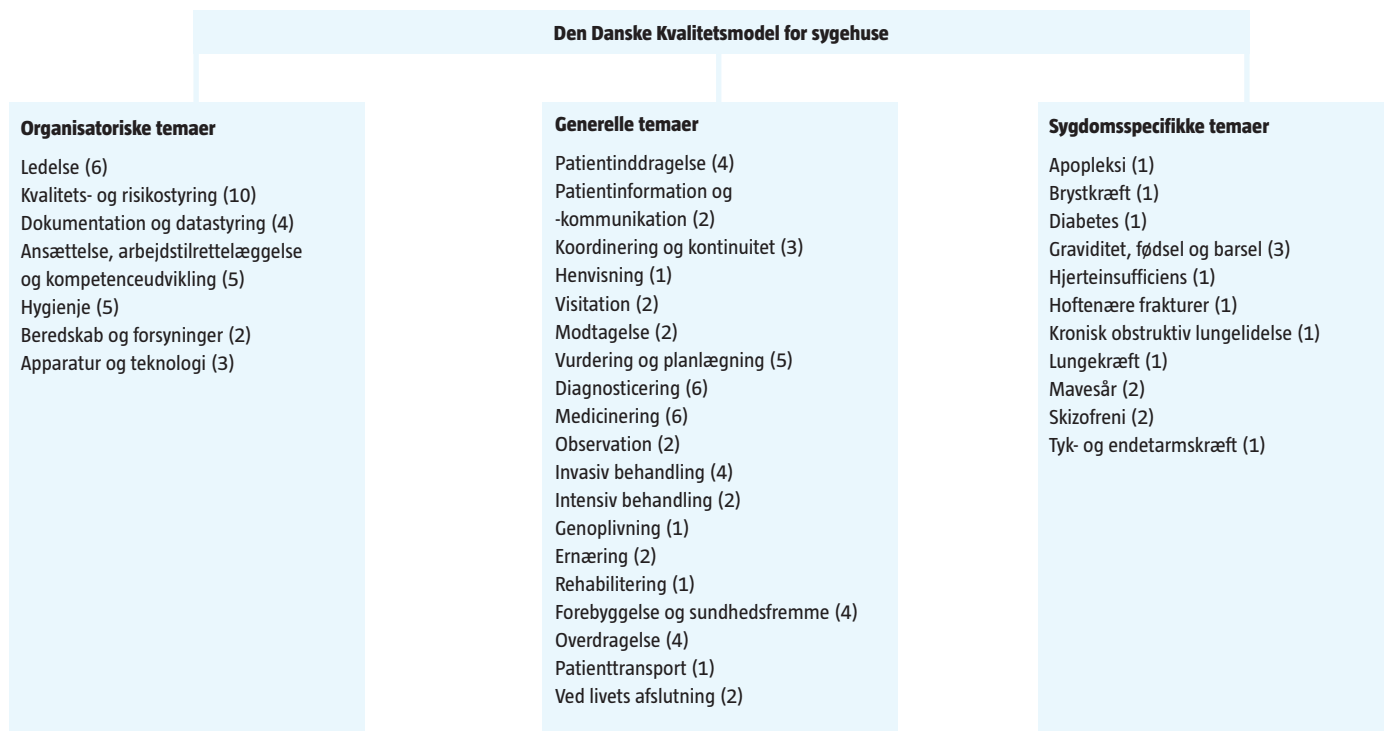
- *Plan* – man skal tydeligt formulere, hvad man har til hensigt at gøre. Dette forudsætter en tydelig beskrivelse af, hvad organisationen har til hensigt at opnå: planen.
- *Do* – planen gennemføres.
- *Study* – resultatet af indsatsen evalueres.
- *Act* – på baggrund af evalueringen justeres planen, hvis målet ikke er nået.

Kvaliteten udvikles på denne måde gennem en serie af cirkelforløb. Det centrale er her, at kvalitetsovervågning ikke i sig selv fører til bedre resultater,



FIGUR 1

Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse, første version, med opbygningen i de tre hovedkategorier: organisatoriske, generelle og specifikke temaer. Antallet i parentes ud for temaets navn angiver, hvor mange akkrediteringsstandarder, der hører til under det enkelte tema.



men først nyttiggøres, når overvågningsdata vurderes af fagpersoner og lægges til grund for en prioriteret iværksættelse af konkrete tiltag til kvalitetsforbedringer. I sin opbygning af standarderne samt i introduktionen til standardmaterialet søger DDKM mere udtrykkeligt end andre akkrediteringsmodeller at tydeliggøre kvalitetscirklen som den grundlæggende model for kvalitetsudvikling, idet alle standarder er opbygget med fire trin, der hver især refererer til *Plan, Do, Study og Act*.

Den Danske Kvalitetsmodel er en akkrediteringsmodel, og den er følgelig baseret på ekstern *survey* som en vigtig metode til at evaluere og synliggøre kvaliteten. Det anbefales, at selvevaluering og intern *survey* anvendes som led i implementeringsstrategien.

DISKUSSION

DDKM har ikke overraskende været genstand for kritik og megen faglig diskussion. Det er forventeligt, når en beslutning af dette omfang træffes. Der har været metodediskussioner om eksempelvis anvendelsen af kvalitative data og mængden af data. Modellen er af nogle fundet for »blød«, mens andre har vurderet den som værende meget detaljeret og kvantitativt fokuseret. Andre synspunkter har været fokuseret på de ressourcer, der skal anvendes i implementeringsfasen.

Erfaringerne fra pilottestsygehuse, -apoteker og -kommuner viser imidlertid, at DDKM på mange centrale områder opleves som både relevant og nyttigt. DDKM ses som et redskab til, at der over tid kan indføres en organisationskultur, som understøtter og sætter det løbende kvalitetsudviklingsarbejde i system, og hvor overvejelserne om kvalitetsforbedring og – styring helt naturligt er implicite i alle tiltag.

Eller som sygehusdirektør *Gunnar Johansen*, Sønderborg og Tønder Sygehuse, sagde til Ugeskrift for Læger i 2004 [4], da hans sygehus var gennem første akkreditering: »Man laver ikke en så omfattende kvalitetsorganisation for at blive akkrediteret – for at bestå en eksamen. Man gør det for at få en kvalitetsorganisation, der virker«. *Gunnar Johansen* er-

kendte i øvrigt, at der var brugt meget tid på at implementere akkrediteringssystemet. Men han pointerede også, at et velfungerende akkrediteringssystem er et suverænt ledelsesværktøj: »Til dem, der er bange for at lave endnu flere systemer, og som derfor holder sig tilbage, vil jeg gerne sige, at det her forenkler: Vi har fået opsamlet alle de mange små grupper og udvalg, der var i organisationen, og vi har fået skabt et knudepunkt, hvor kommunikationen fungerer. I dag har vi sikkerhed for, at de ting, der indrapporteres, rent faktisk bliver omsat til læring, og at den læring bliver kommunikeret ud igen – og vi ved, at nye tiltag og procedurer bliver formidlet til hele organisationen. Ressurserne tjener sig selv hjem igen«.

PERSPEKTIV

Den Danske Kvalitetsmodel vil – ud over at initiere læring og kvalitetsudvikling i den enkelte organisation – også komme til at spille en rolle i forhold til samspillet mellem offentlige og private aktører på sundhedsområdet. Dette er blevet aktuelt gennem de seneste år, og DDKM vil stille krav til og understøtte en ensartet kvalitet på et internationalt højt niveau på en række områder – det være sig sygehusbehandlinger i offentligt og privat regi, patienttransport, kommunale sundhedsydelse, apoteksydelse m.v.

Kravene om en efterlevelse af DDKM vil skabe grundlag for en bedre og mere ensartet høj patient-sikkerhed og behandlingskvalitet – uanset udbyder – og da der er tale om en akkrediteringsmodel, tillige en mere gennemskuelig kvalitetsmåling.

Herudover kan et fælles akkrediteringssystem for hele sundhedsvæsenet fremme kvaliteten i patientforløbene på tværs af sektorerne på flere måder: Ved at understøtte brugen af fælles begreber og fælles datadefinitioner, ved at stille krav til arbejdsgange og informationsstrømme i forbindelse med overgange mellem sektorerne, ved at stille krav om fælles kvalitetsudviklingstiltag, f.eks. tværsektorielle audit og ved at inkludere indikatorer, der specielt måler »kvaliteten i overgangen«. Noget af dette rummes allerede i de nu udviklede akkrediteringsstandarder, men der er et stort udviklingspotentiale. Og gevinsten realiseres først for alvor, når mange sektorer er med i DDKM.

Såfremt den brede tilslutning til arbejdet med DDKM fastholdes, vil der utvivlsomt kunne opnås store og synlige resultater både i de leverede og i de patientoplevede sundhedsydelser. Selv om der kun findes få randomiserede studier, som kan give et videnskabeligt bud på, om akkreditering samlet set har effekt, er der gennemført en række kvalitative undersøgelser, som peger på, at akkreditering styrker ledelsesrollen og kvalitetsarbejdet [5]. Succesen på det



FAKTABOKS

Den Danske Kvalitetsmodel

Første version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for sygehuse er færdigudviklet samt godkendt af *The International Society for Quality in Health Care*. Modellen omfatter 104 akkrediteringsstandarder, som overdrages til regionerne 17. august 2009. Første del af DDKM for kommuner – 31 standarder – er færdigudviklet og klar til implementering. Første version af DDKM for apoteker blev overdraget til apotekerne i december 2008 og består af 40 akkrediteringsstandarder.

nationale niveau vil dog afhænge af, at IKAS og andre kvalitetsorganisationer og -projekter forstår at koordinere deres aktiviteter i Danmark, så de generelt begrænsede resurser anvendes optimalt.

KORRESPONDANCE: Karsten Hundborg, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, Olof Palmes Allé 13, 1. th, DK-8200 Århus N.
E-mail: kh@ikas.dk.

ANTAGET: 17. februar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Andersen TK. Dobbelt benbrud med pil opad. Dagen 2002 2. november: 1.
2. Schjøler T, Lipczak H et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. Ugeskr Læger 2001;163:5370-39.
3. Modelbeskrivelse for Den Danske Kvalitetsmodel. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
4. Stevnhøj A. Sønderjysk tyvstart kommer ikke til at afstikke ruten. Ugeskr Læger 2004;166:4396-48.
5. Knudsen JL. Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2008:93-111.

Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet

Direktør Morten Freil & kvalitetschef Janne Lehmann Knudsen

Det danske sundhedsvæsen blev i *Euro-Canada Health Consumer Index 2008* vurderet til at have en førerposition i Europa, hvad angår regulering af patientrettigheder. De lovfæstede krav om rettigheder og adgang til egen journal var blandt de forhold, som vægtedes højt. Rettighederne er et godt udgangspunkt for aktiv brugerinddragelse. Denne artikel giver en status på brugerinddragelsen i det danske sundhedsvæsen, og belyser om Danmark også på dette område er i front.

TO NIVEAUER AF BRUGERINDDRAGELSE

Det endelige mål for sundhedsvæsenet er at sikre et godt resultat for brugerne. Det er dokumenteret, at aktiv inddragelse har positiv virkning på behandlingsresultatet, og at andre forhold end den faglige kvalitet har betydning [1, 2]. Det er endvidere et faktum, at brugerne på en række afgørende områder anlægger en anden vurdering end sundhedspersonalet i forhold til, hvad der betinger god kvalitet [1]. I det følgende anskues brugerinddragelse i forhold til to forskellige dimensioner (**Table 1**):

- 1) patientens mulighed for indflydelse på eget forløb,
- 2) patienters mulighed for indflydelse på organisation og udvikling af sundhedsvæsenet via repræsentativ brugerinddragelse.

INDDRAGELSE I EGET FORLØB

Ved brugerinddragelse i eget forløb forstås, at patienten involveres i planlægning og beslutninger af betydning for egen sygdomssituation. Det omfatter kontakter mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor information/kommunikation er det afgø-

rende virkemiddel til formaliserede patientedukative tiltag, der sigter på, at patienten opnår kompetencer til at agere så hensigtsmæssigt som muligt i forhold til at følge behandlingen og håndtere egen livssituation. Det er dokumenteret, at der ud over sundhedsfaglige også er økonomiske og patientoplevede gevinster [2, 3].

Det er en grundlæggende forudsætning, at de lovfæstede patientrettigheder, der stiller krav til patientens medinddragelse i beslutninger gennem informeret samtykke og til rammerne for information, tilgodeses. Brugerinddragelse starter således, der hvor patienten første gang har kontakt med sundhedsvæsenet i et forløb, og møderne med hver enkelt læge og øvrige sundhedspersoner er centrale.

Hvordan patienterne inddrages i praksis, vil afhænge af patientens sygdom og resurser, holdningen og formåen hos den enkelte sundhedsprofessionelle og de lokale muligheder for at understøtte aktiv involvering.

Involvering af patienten kan bl.a. styrkes gennem E-lærings-programmer, telemedicin, behandlingsvejledninger samt udnyttelse af de muligheder der er for at sikre patienterne adgang til journaloplysninger og analyseresultater som f.eks. HjerteRask og Dialog-Fyns Diabetesdatabase [4]. Inddragelse i behandlingen kan også øges gennem egenbehandling, hvilket har en positiv effekt på behandlingskvaliteten, men dette stiller krav til identifikationen af de patienter, som formår at udnytte denne mulighed [4].

Patientuddannelse kan bevidstgøre patienten og øge dennes handlingskompetencer, men hovedparten af uddannelserne er ikke evidensbaserede. Det gælder imidlertid for det generelle koncept *Chronic Disease Self-Management Program*, der

STATUSARTIKEL

Danske Patienter og
Kræftens Bekæmpelse